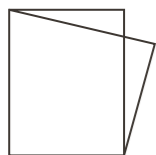


Dannelse og tværprofessionalitet i sundhedsuddannelse



Søren Engelsen, postdoc, ph.d., Roskilde Universitet; Sine Lehn, lektor, ph.d., Roskilde Universitet; Cathrine Sand Nielsen, lektor, ph.d., VIA Sygeplejerskeuddannelsen Aarhus; Karin Højbjerg, seniorforsker, ph.d., Københavns Professionshøjskole og Elise Bromann Bukhave, lektor, ph.d., Professionshøjskolen Absalon og postdoc, Roskilde Universitet

I denne artikel undersøger vi relevansen af et fokus på dannelse i sundhedsuddannelse i konteksten af tværprofessionalitet som vilkår for arbejdet i sundhedsvæsenet. Vi skitserer overordnede aspekter af dannelsesbegrebet og skelner mellem to centrale elementer: en tilpasnings- og en overskridelsesorientering. Vi argumenterer for, at en overskridelsesorientering er vigtig i sundhedsuddannelserne og professionsdannelsen i dag. Dels som mål i sig selv givet grundtræk ved den menneskelige eksistens, dels fordi den tværprofessionelle fordring i det sundhedsprofessionelle arbejde betyder, at skellet mellem tilpasnings- og overskridelsesorientering kolliderer: Tilpasning til de nutidige vilkår i sundhedssektoren

fordrer rent praktisk både en tidlig og en rumlig overskridelsesorientering i form af en perspektiv-fleksibilitet, der tillader udvikling af helt nye faglige perspektiver samt at lade forskellige eksisterende professionelle perspektiver komme i betragtning på passende vis. Sidstnævnte udgør en overskridelsesorientering i form af en tværprofessionel helhedsorientering med potentiale for at være andet og mere end de involverede monoproduktionelle perspektiver. Med udgangspunkt i dannelsesteoretiske og eksistens-filosofiske betragtninger og på baggrund af kvalitative interviews med praktikvejledere fremhæver vi centrale betingelser og forhindringer for, at et sådant dannelsesfokus kan lade sig gøre i praktikuddannelse. Her frem-

Artiklens særegne bidrag er at vise, **hvordan dannelsesbegreber hentet fra eksistensfilosofi og klassisk dannelsesestænkning kan bidrage til at løfte diskussionen om idealer, muligheder og barrierer**, der aktuelt findes og savnes i relation til (ud)dannelsen af sundhedsprofessionelle, der forventes at kunne arbejde sammen på tværs af professioner.



hæver vi bl.a. kendskab til og erfaring med hinandens professionsfagligheder, en fælles sag og professionsmål samt ikke mindst en uddannelsesestænkning og en læringskultur, der ikke er for rigid og overkontrollerende. Til gengæld er det vigtigt at have fokus på førstehåndserfaringer med tværprofessionalitet rammesat af god kommunikation og fælles refleksioner over praksis. Sidstnævnte vanskeliggøres af forskellige professionssprog og -identiteter, fysisk distance mellem uddannelsernes praktiksteder og pres på resurserne i både sundhedsvæsenet og i uddannelserne.

Indledning

I denne artikel undersøger vi dannelsens relevans for sundhedsprofessionsbacheloruddannelserne – med særligt fokus på de tværprofessionelle fordringer, der i dag gør sig gældende i klinisk praksis. En øget kompleksitet i både behandling og et specialeopdelt sundhedsvæsen i dag bevirker, at sundhedsprofessionelle ikke blot forventes at være kompetente inden for deres monoproduktionelle områder. De skal også arbejde tværprofessionelt (Danske Regioner, 2012; KL, 2012; WHO, 2010). Dette hænger sammen med vilkår, der går på tværs af sundhedsprofessionerne, fx i form af flere multisyge patienter (Brostrøm, 2017), samt øget plejebehov (Højgaard & Kjellberg 2017; UN DESA, 2017). Dertil

kommer løbende nye behandlings- og rehabiliteringsmuligheder, organisationsformer samt ikke mindst krav om øget patientinddragelse og sammenhængende patientforløb. Denne kompleksitet gør tværprofessionelt samarbejde og uddannelse hertil afgørende (Danske Regioner, 2012; Sundhedskartellet & Danske Professionshøjskoler, 2014; WHO, 2010). Vi argumenterer i det følgende for, at de fordringer til tværprofessionelt samarbejde, der møder sundhedsprofessionelle i alle sektorer på baggrund af de tværprofessionelle vilkår, gør (visse) dannelses tanker oplagt relevante i sundhedsprofessionel uddannelse og arbejde. Vi undersøger tillige centrale betingelser for, at disse dannelses tanker kan få indflydelse på den gældende uddan-

nellespraksis. Artiklen er hovedsageligt teoretisk drevet med udgangspunkt i dannelseseoretiske og eksistens-filosofiske betragtninger. Den teoretiske analyse er desforuden empirisk informeret gennem semistrukturerede interviews med 31 kliniske uddannelsesansvarlige sundhedsprofessionelle inden for professionsuddannelserne på sundhedsområdet. I interviewene har vi spurgt ind til former, betingelser og forhindringer for tværprofessionel og tværsektoriel praktikundervisning. Empirien tjener til at anskueliggøre og nuancere de teoretiske betragtninger om dannelsens relevans i relation til tværprofessionalitet i sundhedsuddannelse og dermed også kontekst-sensitivere de teoretiske pointer.

Artiklen er en del af forskningsprojektet *UDSiKT* (UddannelsesSammenhæng i Klinik-Teori), der undersøger de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser, med fokus på praktikundervisning, herunder aktuelle udviklinger af forholdet mellem teori og praktik. Særligt undersøger *UDSiKT* fire nye fokusområder, der siden 2016 har fået øget tyngde i studieordningerne: Udvikling af tværprofessionelle og tværsektorielle kompetencer, kompetencer i relation til patientinvolvering og sammenhæng i patientforløb samt forholdet mellem teori og praktik. Projektet omfatter de otte dansksprogede sundhedsuddannelser: Sygeplejerske, bioanalytiker, ergoterapeut, jordemoder, fysioterapeut, radiograf, ernæring og sundhed og psykomotorisk terapeut.

Dannelse i tværprofessionel sundhedsuddannelse – underbelyst i forskningen
Dannelse er ikke noget fremmed tema i forskningen vedrørende sundhedsprofessioner og -uddannelse. Særligt inden for sygeplejerskeprofessionen (Lehn-Christiansen & Holen, 2019; Noer, 2016; Walker et al., 2014) og den medicinske profession (Bleakley, 2006; Hafferty, 2016), men også de mindre professioner som fx jordemoder (Schröder et al., 2022) er der tradition for at undersøge, under hvilke betingelser dannelse sker, og hvilke dannelsesprocesser der finder sted, når man bliver del af en profession, professionelt såvel som menneskeligt. Denne litteratur henleder opmærksomheden på, at det at blive til som professionel er en omfattende og aldrig afsluttet proces, der involverer en udvikling, der rækker langt ud over tilegnelsen af prædefineret viden, færdigheder og kompetencer, men ligeledes rummer ikke-lineære, ambivalente og uforudsigelige læreprocesser.

Samtidig med at dannelse er et velkendt perspektiv i forhold til sundhedsprofessioner og -uddannelse mere generelt, er dannelse en underbelyst tematik i den forskningslitteratur, der handler specifikt om tværprofessionalitet og tværprofessionel uddannelse. En stor del af den eksisterende litteratur er karakteriseret ved at være handlingsanvisende, ligesom den er stærkt optaget af at påvise evidens for og effekten af tværprofessionelt samarbejde og -uddannelse (Lehn-Christiansen, 2016). Men selvom begrebet dannelse synes at være sjældent forekommende, er det vores erfaring, at der finder dannelsesdiskussioner sted i litteraturen.

Typisk tematiseres dannelsesproblematikken gennem andre begreber og perspektiver. Fx findes der (især) i den internationale litteratur et velbeskrevet tema om de studerendes *holdninger* (*attitudes*), og hvordan disse har indflydelse på samarbejdet med de øvrige professioner (Brown et al., 2015; Makino et al., 2013; Ulrich et al., 2019). Dannelsesdiskussionen 'gemmer' sig også i undersøgelser af spørgsmålet om, hvordan mødet med andre professioner influerer på *professionsidentiteten* hos forskellige professioner under og efter uddannelsen (Khalili et al., 2013; Macías Inzunza et al., 2020; Nielsen, 2017) og i spørgsmålet om *etik* knyttet til tværprofessionalitet (Jindal-Snape, 2014; Seedhouse, 2002; Skaerbaek, 2010). Overordnet set er denne litteratur, i lighed med nærværende artikel, karakteriseret ved en opmærksomhed på, hvordan der er meget andet og mere på spil i mødet mellem forskellige professioner end blot spørgsmålet om at effektivisere og hæve kvaliteten af behandlingen. Artiklens særegne bidrag er at vise, hvordan dannelsesbegreber hentet fra eksistensfilosofi og klassisk dannelsesstænkning kan bidrage til at løfte diskussionen om idealer, muligheder og barrierer, der aktuelt findes og savnes i relation til (ud) dannelsen af sundhedsprofessionelle, der forventes at kunne arbejde sammen på tværs af professioner. Denne diskussion synes særligt vigtig i et globaliseret uddannelseslandskab, der som følge af Bologna-processen er styret gennem en læringsmålstænkning forankret i viden, færdigheder og kompetencer, og dermed en uddannelsesstænkning, der hviler på idealet om alignment mellem uddannelsesmål, uddannelsesaktiviteter og eksaminer (Andersen & Jacobsen, 2012).

Dannelse rummer både en tilpasningsorientering, dvs. **en kvalificeret socialiserende omgang med omverdenen** og med sig selv, og en overskridelsesorientering.



Denne tænkning vanskeliggør både uddannelsesrettelæggelse, -praksis og -forskning, der fokuserer på alt det, der ikke kan beskrives eller måles i de gældende termer.

Dannelse

- mellem tilpasning og overskridelse
Dannelsesbegrebet fungerer i dag som en ramme for en række sociale, kulturelle, politiske, ideologiske og filosofiske forestillinger og kampe (Brinkmann et al., 2021; Kemp, 2015; Rømer, 2019). Man skal derfor være påpasselig med entydige definitioner af begrebet. Skal vi alligevel vove en overordnet formalbestemmelse, kan dannelse forstås som en udviklingstanke om, at mennesker kan og bør (hjælpes til at) forbedre sig henimod en *kvalificeret omgang med sig selv og omverdenen*. Heri ligger der både en *tilpasnings*-idé og en idé om *overskridelse*, som danner ramme for følgende begrebslige udlægning og den efterfølgende analyse af dannelsesstærkers relevans for professionsuddannelse

inden for sundhed i relation til tværprofessionalitet.

Dannelsesbegrebet er traditionelt knyttet til antikkens idealer om selvstændig tænkning og fornuftig selvudvikling. Ligesom frøet i jorden har det indre formål at 'danne' sig til at blive en blomst, er dannelse for mennesket ifølge Aristoteles ensbetydende med at 'blomstre': Eftersom mennesket fra naturens hånd er et fornuftigt, følsomt og socialt væsen, må det udfolde dette formål. Denne udfoldelse udgør en stræben efter det gode liv igennem at blive et dydigt væsen, der handler afbalanceret og med visdom i omgangen med sig selv og omverdenen, navnlig det sociale fællesskab og i de samfuntsfunktioner, man indgår i (Aristoteles, 2000). Mennesker bør på denne måde 'indrette sig' efter naturens orden, der samtidig rummer en samfuntsorden, hvorfor denne dannelsesstærkegang kan betegnes som en *tilpasningsorientering* (jf. Klausen, 2008, s. 120).

Mennesket og dets potentialer er i moderne tid stadig udgangspunktet for de typiske dannelses-idealiser, men endemålene er ikke længere hentet i en fastlagt metafysisk orden. Snarere sekulariseres målene for dannelsen, der nu findes i menneskelige kulturelle størrelser og ikke mindst kontingente samfuntsfunktionelle mål. Den tyske oplysningstænkning, idealisme og såkaldte nyhumanisme spiller en markant rolle i moderne dannelsesstænkning (Herbart, 1980; Jepsen, 2018; Kant, 2012). Den ekspliciterer dannelsen som et pædagogisk ideal, der bør institutionaliseres og gøres til en del af den etablerede uddannelsesstænkning. Det vægtes også, at dannelsen er en opgave, vi aktivt må tage på os: Den menneskelige udvikling sker ikke automatisk givet vores biologiske evolution: Mennesker må *udvikle sig selv og hinanden* ud fra *for-billeder*, abstrakte såvel som konkrete (jf. også det tyske dannelsesbegreb, *Bildung*, der bl.a. er afledt af 'Bild', som betyder billede). Hvad endemålet – altså dannelses-

At være kvalificeret til et arbejde i et miljø, hvor vilkårene og de fordringer, der emergerer herfra, er **under konstant forandring**, gør det svært at skelne skarpt mellem faglighed som noget, 'man kan eller er i besiddelse af', og selve processen at udvikle sig (Flin et al., 2013).



idealet – defineres som, afspejler typisk forskellige normative forestillinger. Ofte er fokus imidlertid ikke på slutmålet, men snarere den tidlige proces, hvor igennem mennesker lærer at navigere i livet på en kvalificeret måde i en verden præget af ting og mennesker, natur og kultur (Kant, 2015). Der er således stadig fokus på tilpasning til samfundet, fx i form af socialisation, der både kan have globale og lokale præg af norm-tilpasning. I moderne tid vægtes – som supplement eller som alternativ til tilpasningstanken – dog samtidig evnen til at præge og *overskride* den givne verden og sig selv. Dannelse er således både opdragelse til sociale adfærdsmønstre, at tilegne sig indsigter, viden og kundskaber og at udvikle myndighed, dømmekraft og selvstændighed til at præge verden på

fornuftig vis og derigennem udfordre egne og andres etablerede forståelser.

Vi kan dermed fremhæve to grundlæggende orienteringer i dannelses-tænkningen, der har betydning for den følgende analyse, som fokuserer på sundhedsprofessioner og -uddannelse: Dannelse rummer både en *tilpasnings-orientering*, dvs. en kvalificeret socialiserende omgang med omverdenen og med sig selv og en *overskridelses-orientering*, dvs. et ideal om at udvikle evnen til, selvstændigt og kvalificeret at orientere sig hinsides etablerede tanker og praksisser, både egne og omverdenens.

Sundhedsprofessionerne – både de klassiske og dem, vi i uddannelsessammenhæng kender som professionsbachelorer

– er normalt forstået som professioner, til hvilke der er knyttet særlige kvalifikationer og kompetencer, som er bestemt på forhånd givet professionernes samfundsmandat. Sundhedsprofessionerne har fremme af sundhed som forudgivet mål ud over en række delmål, der er knyttet til den konkrete profession. Hermed er der uundgåeligt lagt vægt på en tilpasning til den enkelte profession. Det er imidlertid en problematisk forsimpning, at sundhedsuddannelserne blot handler om at uddanne studerende til at tilpasse sig på forhånd satte mål. Der er flere grunde til, at vi ser, at en overskridelsesorientering er afgørende i sundhedsuddannelserne:

For det første er der i *enhver* uddannelsessammenhæng en risiko for at

undertrykke de studerende, og underminere målsætninger om at uddanne til dømmekraft og selvstændighed, hvis vi reducerer uddannelsen til de forud givne roller og mål, som vi sætter op for dem. Vi uddanner til sundhedsvæsenet, én af de mest fundamentale samfundsfunktioner, men vi uddanner *menneskelige subjekter* hertil. Giver vi ikke god plads til studerendes selvstændige forhold til sig selv og deres uddannelse og fremtidige liv som sundhedsprofessionelle, forsømmer vi en række eksistentielle grundvilkår af fundamental normativ betydning: Vi risikerer kort sagt at tingsliggøre de studerende og afmontere de menneskelige kvaliteter, som er afgørende for at kunne agere i et arbejdsliv, der involverer andre menneskers lidelse, sygdom og død. Vi forsømmer det vilkår, at mennesker ikke kan reduceres til de roller og forventninger, som de bliver tildelt. Dette er en eksistensfilosofisk kernepointe: Det enkelte menneske kan ikke reduceres til de mål, roller og forventninger, som andre sætter op for det, men må snarere leve i en evig selvtilbliven, og uddannelse må derfor også fokusere på at hjælpe mennesker med at kunne leve 'egentligt' eller 'autentisk' (Heidegger, 2006; Sartre, 2005) – eller med Biestas formulering blive 'subjekt' (jf. *subjectum*: grundlag) for sit eget liv (Biesta, 2014). Denne proces afsluttes aldrig, men er et altid vedvarende forløb, hvor subjektet får muligheden for at 'overskride' sig selv i engagement med sin omverden ved at forholde sig aktivt, ikke bare til de eksisterende forventninger og roller, som omverdenen stiller til rådighed, men til *nye muligheder* for sig selv og omverdenen.

For det andet betvivler vi præmissen om, at man på forhånd kan vide, hvilke kompetencer det fremtidige sundhedsvæsen præcist har brug for – om end dette også i en dansk kontekst har været forsøgt (Larsen et al., 2018). Man kan sågar hævde, at der er tendens til at uddanne sundhedsprofessionelle til kompetencer, der hurtigt bliver forældede (Skochelak & Stack, 2017). På denne baggrund må den form for 'tilpasning', som der efterspørges for sundhedsprofessionerne i dag, til dels bestå af en række evner, der, givet sundhedssektorens konstante udvikling, netop *ikke* blot handler om at reproducere givne etablerede praksisser. Snarere må evner til at *udvikle* kompetencer, viden og praksisser også sættes i fokus. Dette er ensbetydende med det, man kan kalde en *tidlig overskridelsesorientering*. At være kvalificeret til et arbejde i et miljø, hvor vilkårene og de fordringer, der emergerer herfra, er under konstant forandring, gør det svært at skelne skarpt mellem faglighed som noget, 'man kan eller er i besiddelse af', og selve processen at udvikle sig (Flin et al., 2013). Der er derfor brug for en *proceduralistisk* tilgang, der fremhæver det sundhedsprofessionelle arbejde som en tidlig proces, hvor mål og midler løbende justeres, snarere end som en professionsfaglighed, hvor alle mål og midler til at nå dem, er veldefinerede på forhånd. Af samme grund er det ikke givet, hvordan *alle* dele af uddannelsen til sundhedsprofessioner kan styres og målrettes på en meget indholdsbestemt måde. I det lys er betingelser for kreativitet og forskellige former for overskridelsesorientering vigtige at have øje for, ikke kun som mulige mål i sig selv, men også grundet praktiske vilkår for professionen.

At overskride sit perspektiv: Perspektiv-fleksibilitet og tværprofessionalitet som vilkår

Vi vil i det følgende fremhæve et særligt aspekt af den overskridelsesorientering, der er relevant for at udvikle tværprofessionalitet i kontekst af sundhedsuddannelser på professionsbachelorområdet. En ergoterapeut blandt vores informanter understreger og eksemplificerer, hvordan professionerne kan supplere hinanden, ved at de ser forskellige ting:

"... det at være tværprofessionel og udholde, at man ikke ser det samme ved et bad. Ergoterapeuten ser "hold da kæft. Hun kan godt det dér, men det gør hun ikke. Er det fordi hun er bange?" Plejen ser ... "Hun skal bare have nogle hjælpemidler, så går det godt". Og sygeplejen er bekymret for sår, ik'? Bare det at få det til at gå op i en højere enhed omkring, hvad er det borgeren vil? ...".

I tværprofessionelt samarbejde er målet at få de mange forskellige perspektiver i spil, som hver profession bringer til bordet. De tværprofessionelle vilkår fordrer, at mange forskellige perspektiver løbende må tages i betragtning og inddrages i beslutningsgrundlaget. Ud over det strengt sundhedsfaglige kan det også være fx patienters og pårørendes perspektiver, etiske perspektiver, perspektiver givet etablerede regler og procedurer, egen knowhow mv. Den overskridelsesorientering, der fordres, er evnen til at *skifte perspektiv* under passende omstændigheder, inklusive ikke mindst at have et fleksibelt perspektiv på praksis, sin egen og andres. Perspektiv-fleksibilitet skal ikke forveksles med blot en adfærdsmæssig omstillingsparathed,

men er snarere at forstå som en form for kvalificeret manøvredegtighed i praksis (Klausen, 2018; Tiberius, 2008, Engelsen, 2022), og perspektiv-fleksibilitet er tæt relateret til fx situationsfornemmelse, selv-regulering og selvstændig tænkning. I tværprofessionelt samarbejde kan perspektiv-fleksibilitet implicere evnen til at inddrage egen monoprofessionel faglighed, men samtidig forholde sig kritisk hertil, fx til dens hensigtsmæssige funktion i netop denne sag, for denne patient, på netop dette tidspunkt i patientforløbet, samt (heller ikke ukritisk) at inddrage andres professionelle perspektiver. Dette kan betegnes som en *rumlig overskridelses-orientering*. Vores informanter eksemplificerer og bekræfter, hvordan perspektiv-fleksibilitet i denne betydning er i fokus i klinisk undervisningspraksis og spiller en vigtig rolle: Det at have blik for en bred horisont af praktiske muligheder givet andres perspektiver i ens arbejdsrum muliggør tværprofessionelt samarbejde, hvor samspillet professionerne imellem opnår fælles resultater, som de professionelle ikke hver især alene kunne have frembragt.

Som en informant, der er klinisk vejleder for både sygeplejerskestuderende, medicinstuderende og jordemoderstuderende, formulerer det:

"... vi har godt nok mange overlappende kompetencer, men vi har også noget, hvert fag kan byde ind med ... man kan sige hvor ... jeg er egentlig uddannet sådan ud fra et pædagogisk perspektiv, hvor jordemødrene har et mere sundhedsfremmende perspektiv. ... så vi fik en meget god oplevelse i praksis af, at det her tværfaglige samarbejde, det er faktisk rigtig godt, og det har faktisk

beriget ... vi skal ikke se, at det berøver noget, men det beriger, at vi er sammen".

Formuleringen af samarbejdet som en *berigelse* af arbejdet tolker vi som en pointe om, at det gode tværprofessionelle samarbejde potentielt indebærer andet og mere end blot de enkelte professioners parallelle supplementer til hinanden – det, der i litteraturen ofte beskrives som tværfaglighed (Lehn-Christiansen 2016). *I og med* den gensidige supplerende muliggøres en samarbejdende behandling af patienter med potentiale for en form for synergieffekt – i den fundamentale betydning, at den tværprofessionelle helheds-orientering opnår en *bedre* behandling end summen af de parallelle perspektiver og tilgange.

En klinisk vejleder fra fysioterapeutuddannelsen anskueliggør, hvordan dette kan foregå:

"... lige i øjeblikket, der har vi en dame, som er blevet amputeret, og som får hjemmehjælp seks gange om dagen, og hun kan ikke forflytte sig selv andet end i sengen. Dvs., at det er et samarbejde med hjemmeplejen om, hvordan støtter I hende, hvordan møder vi hende sammen til at komme videre end det... hvad ser I af potentialer ... så når nu vi har trænet den forflytning over til en kørestol eller en bækkensol, så når vi skriver inde i journalen, er I så klar på at tage med over på det, at så begynder I at gøre det med den her borger, sådan så vi har hver vores opgaver, men at vi står på hinandens skuldre".

Med metaforen "vi står på hinandens skuldre" formuleres pointen, at de supplerende tilgange gør arbejdet bedre alt i alt. Eller for at følge billedsproget: Ved

at stå på hinandens skuldre 'løfter' de sundhedsprofessionelle hinanden. Dette er interessant i et overskridelses-orienteret dannelseperspektiv: Vilklårene i sundhedssektoren fordrer tænkning og handlinger, der overskrider den enkelte sundhedsprofessionelles monofaglige orientering. Den 'tilpasning', der fordres for at kunne imødekomme krav om eksempelvis standarder, procedurer og evidens, er således – bl.a. grundet de tværprofessionelle arbejdsvilkår – i sig selv en løbende evne til at overskride egne perspektiver. Selve denne evne, som nogle moderne dannelsesestænkere vil sige er essentiel for dannelsen og ikke kan reduceres til professionsorienterede mål, synes at være en fordring for netop disse professioner. Således er overskridelses-orientering både noget, man kan anse som værende et mål i sig selv, og *praktisk afgørende* for sundhedsprofessionerne og -uddannelserne givet deres vilkår i dag.

Inden for de sundhedsprofessionelle rammer kommer tilpasnings- vs. overskridelses-dikotomien således til kort:

De sundhedsprofessionelle må tilpasse sig en praksis-virkelighed, hvor opgaven bl.a. er en overskridelses-orientering; de må (ud)dannes til at være i stand til at overskride egne perspektiver og egen (mono)professionalitet.

Hvad betinger og forhindrer perspektiv-fleksibiliteten?

En principiel lærings- og erkendelsesteoretisk pointe i forhold til at muliggøre den tværprofessionelle perspektiv-fleksibilitet er, at der må gives rum for, at mulighedshorisonterne kan blive udvidet i undervisningen. Skal

Den overskridelses-orientering, der fordres, er **evnen til at skifte perspektiv under passende omstændigheder**, inklusive ikke mindst at have et fleksibelt perspektiv på praksis, sin egen og andres.



der skabes betingelser for at tænke og handle 'ud af boksen', må man bevare muligheder for at have et åbent sind. Her kan man pege på en række principielle betingelser for kreative processer, såsom at gøre plads til indre motivation snarere end at motivere ud fra eksterne mål og andres forventninger (Amabile, 1985), plads til selvstændig tænkning samt en læringskultur med fokus på ikke at tabuisere, men derimod lære af fejltagelser. På denne baggrund er uddannelsesestænkning og -praksis baseret på rigide beskrivelser af læringsmål noget, der potentielt forhindrer perspektiv-fleksibiliteten. Det skal ikke læses som et argument for, at man for at fremme det fleksible perspektiv skal negligere kompetencer, praksisviden og knowhow til fordel for innovationstiltag og lignende. Selvom overskridelses-orientering *kan* bestå i at 'glemme' det, man har lært, for at se på sagen 'med nye øjne', er kvalificeret praksis-viden og kreativ tænkning i mange sammenhænge ikke

gensidigt udelukkende; tværtimod kan man argumentere, at nyorientering gerne opstår på baggrund af evnen til at gøre etableret viden og knowhow 'tavs', så man spontant kan sætte gamle erfaringer i nye sammenhænge uden at bruge energi herpå og derigennem mobilisere opmærksomhed på at se nye mønstre og helheder (Polanyi, 2009). Nyttænkning kan, formuleret med en fænomenologisk terminologi, opstå netop på baggrund af 'sedimenteret' erfaring (Husserl & Landgrebe, 1999), som man 'stilladserer' eller bygger videre på.

En klinisk vejleder fra jordemoderuddannelsen pointerer om det tværprofessionelle samarbejde de kliniske undervisere imellem:

"... fordi vi kender hinanden så godt, så giver det en frihed til, at vi kan udfordre hinanden og også nogle gange være lidt uenige, men vi tænker faktisk på mange områder meget ens, fordi vi har det fæl-

les fokus, at tværfagligheden har vi både mærket og set ... at det virker i praksis også".

Som informanten understreger, synes en forudsætning for det gode tværprofessionelle samarbejde at være et basalt kendskab til hinandens faglighed og en vis accept af uenighed. Når informanten derudover fremhæver det fælles fokus som det, der kan få kollegaerne til at tænke 'ens', kan det tolkes som det anker, der gør samarbejdet til andet og mere end et parallelt samarbejde. Overskridelsen af egen monoprofessionalitet er betinget af en *fælles koordinering*, så fokus rettes mod den opgave, man er fælles om at løse, og mod at se professionernes supplerende perspektiver som nogle, der hver især belyser aspekter af det samme og dermed bidrager til et helhedsbillede – frem for at professionerne eksempelvis 'konkurrerer' om at have det rigtige eller bedste *take* på en behandling. Her kan professionsidentite-

ter potentielt stå i vejen som en barriere, bl.a. i kraft af at nogle professionsidentiteter kan opleves mere dominerende end andre og ved, at man kan opleve kravene om tværprofessionalitet som et pres på - eller underminering af - egen profession. For at koordineringen kan lykkes, kan det kræve en opmærksomhed på de forskellige professioners styrker og svagheder, fx i form af fælles refleksion over både egen og andres kernefaglighed. Jorde-moderen K fortæller, hvordan teoretisk informerede refleksioner over tværprofessionel praksis kun er en lille del af en vellykket undervisning i tværprofessionelt samarbejde:

”... der hvor de [de studerende i praktikken] ser det og bruger det til dagligt, det er hvor vi, som jeg siger, kommer ud fra en fødestue, og jeg siger ”hvordan oplevede du samarbejdet her og hvad bidrog – hvad kunne *du* bidrage med og hvad var det, der gjorde i rammen at du kunne bidrage osv. osv.”.

Ét er, at man har fokus på tværprofessionelt samarbejde som begrebsligt tema, noget andet er, om man rent praktisk har mulighed for at gøre sig førstehåndserfaringer med hinandens fagligheder og interagerer med hinanden på tværs og derefter reflekterer herover. Der kræves således aktiv praktisk koordinering, så professionerne får mulighed for at mødes, og at dette følges op af tydelig, fælles kommunikation om en tværprofessionel ambition. En måde at arbejde med dette i klinisk uddannelse – og netop sikre nogle erfaringer hermed – er eksempelvis tværprofessionelle studieafsnit og tværprofessionelle temadage, hvor studerende fra forskellige professioner får klinisk undervisning centreret om samme patienter og med

vejleder-teams bestående af forskellige professioner. Overskridelses-orientering i tværprofessionelle sammenhænge kan også ifølge nogle informanter styrkes af *peer-to-peer-learning*, hvor de studerende gives rum for at hjælpe hinanden uden underviser til stede, fordi det kan være med til at nedbryde barrierer for de studerende i forhold til at turde være spørgende og undrende i deres læringsperspektiver.

En ergoterapeut pointerer, hvordan det kun er gennem meget tydelig kommunikation, at der er grobund for den vigtige refleksion over de forskellige professions-perspektiver, som giver fælles retning i praksissen:

”Og det vi ved, det er at sige højt. For ellers bliver vi aldrig enige om en retning. Hvis ikke vi siger højt ... ”Jeg ser at hun kan komme til at klare sig med en rygvask” og så siger ergoterapeuten ”Ja, men det er skulderen. Hun har gavn af at bevæge den.” Og så siger sygeplejersken ”Jamen sårhelingen er slet ikke klar endnu”. Så skal vi turde sige, at her er vi hver især. ...”.

Den åbne kommunikation er generelt et afgørende aspekt af sundhedsarbejde i dag, ikke kun i relation til tværprofessionelt samarbejde, men også i forholdet til patienter (Włoszczak-Szubzda & Jarosz, 2013) og ikke mindst patientsikkerheden (Thistlethwaite, 2012). Flere informanter giver udtryk for, at kommunikation vanskeliggøres, fx af at ’fagsprog’ ofte er forskellige, og professionsidentiteter kan stå i vejen for den gensidige forståelse, men også fx af at skulle kommunikere med ufaglærte og med folk, der har vanskeligheder med dansk. En anden dominerende barriere er simpelthen

resursemangel og pres på driften. Der er også andre praktiske barrierer for at få etableret en koordinerende førstehåndspraksis, bl.a. den fysiske distance mellem praktikstederne. Som en fysioterapeut formulerer det:

”... dér, hvor vi har til huse, der sidder vi ikke sammen med andre faggrupper lige nu. Det gjorde vi for nogle år tilbage, og der var det nemmere at etablere ikke? ... og jeg ved, at dem der sidder på den ambulante genoptræning, de har samarbejdet med ergoterapeutstuderende og sygeplejestuderende, fordi de er i samme hus, og fordi de er organiseret på en anden måde, fordi det er en del af genoptræningen. Det er ikke muligt, dér hvor jeg sidder ...”.

Konklusion

Dannelse kan både rumme elementer af tilpasnings- og overskridelses-orientering. Vi har argumenteret for, at de tværprofessionelle vilkår for sundhedsprofessionelles arbejde i det moderne sundhedsvæsen gør overskridelses-orienteringen højst relevant. Dette skyldes ikke kun principielle normative pointer om, at en rendyrket tilpasningsorientering risikerer at ignorere studentens eksistentielle behov for løbende at overskride sig selv og deres omverden; vi risikerer at behandle dem som kontrolerbare ting. Det skyldes også, at det for sundhedsprofessionerne i dag synes at være tilfældet, at tilpasnings- og overskridelses-skellet kolliderer, idet sundhedsprofessionelle skal fungere i en klinisk virkelighed præget af uforudsigelige, ikke-standardiserede og ofte nye opgaver, der netop kræver evnen til at overskride eksisterende perspektiver og den bestående professionsfaglighed. Der er med andre ord en fordring om

at kunne udvikle nye tilgange, viden og praksisser gennem interaktion med andre professioner, men også i mødet med den enkelte borger/patient og dennes unikke sygdoms- og livssituation.

Således bliver moderne dannelses tanker højst relevante for sundhedsuddannelserne og i særdeleshed praktikvejledningen: Ikke bare almenmenneskelige kompetencer såsom kommunikative evner samt samarbejds- og anerkendelseskompetencer er vigtige i en tilpasnings-tankegang, men også overskridelses-orienterende evner til selvstændigt og på perspektiv-fleksibel vis at udvikle nye mulighedshorisonter,

professionsidentiteter og samskabelsesprocesser, der ikke fastlåses, men netop anses som fortløbende og noget, der må arbejdes med. Og her byder praktikkdelen af uddannelserne på unikke muligheder for at mødes med og udvikle lærende praksisser, overskrider og dermed bryder med uddannelsernes grundlæggende monoproduktive organiseringer og perspektiver.

Vi har i artiklen vist, at der både er centrale muligheder, men også en række forhindringer for den overskridelsesorienterede, perspektiv-fleksible tværprofessionalitet i en klinisk undervisningssammenhæng. Det gælder

forskellige professionsprog og -identiteter, men også den fysiske distance mellem praktikstederne, og det gælder ikke mindst det konstante pres på ressourcerne. Alt for standardiserede former for uddannelsestænkning og arbejdsprocedurer kan også ses som barrierer for overskridelses-orienteringen, eftersom det netop er det fleksible perspektiv, som der er behov for i relation til den tværprofessionelle dannelse.

REFERENCER

Amabile, T. (1985). Motivation and Creativity. Effects of Motivational Orientation on Creative Writers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(2), 393-399.

Andersen, H.L. & Jacobsen, J.C. (eds.). (2012). *Uddannelseskvalitet i en globaliseret verden. Vidensøkonomiens indtog i videregående uddannelser*. Samfundslitteratur.

Aristoteles. (2000). *Etikken (Den nikomacheiske etik)*. Det Lille Forlag.

Biesta, G. (2014). *Den smukke risiko* (1st ed.).

Bleakley, A. (2006). You are who I say you are: the rhetorical construction of identity in the operating theatre. *Journal of Workplace Learning*, 17(7/8), 414-425. <https://doi.org/10.1108/13665620610692980>

Brinkmann, S., Rømer, T.A. & Tanggaard, L. (2021). *Sidste chance. Nye perspektiver på dannelse*. Klim.

Brostrøm, S. (2017). Multisygdom er en udfordring for både borger, sundhedsvæsen og samfund. In Frølich, Anne, F. Olesen & I. Kristensen (eds.), *Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng* (s. 17-19). Fjerritslev Tryk A/S.

Brown, S.S., Lindell, D.F., Dolansky, M.A. & Garber, J.S. (2015). Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians. *Nursing Ethics*, 22(2), 205-216. <https://doi.org/10.1177/0969733014533233>

Danske Regioner. (2012). *Kvalitet i fremtidens sundhedsuddannelser*. <http://www.regioner.dk/media/2985/2012-kvalitet-i-fremtidens-sundhedsuddannelser.pdf>

Det hele sundhedsvæsen – regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen. (2012). http://www.regioner.dk/~media/Publikationer/Sundhed/Det_Hele_Sundhedsvaesen_marts2012.ashx

Engelsen, Søren. (2022). "Wellbeing Competence". *Philosophies*, 7(2), 42. <https://doi.org/10.3390/philosophies7020042>

Flin, R., O'Connor, P. & Crichton, M. (2013). Safety at the sharp end: A guide to non-technical skills. In *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills*.

Hafferty, F.W. (2016). Socialization, professionalism, and professional identity formation. In R.L. Cruess, S.R. Cruess & Y. Steinert (eds.), *Teaching Medical Professionalism* (s. 54-67). Cambridge University Press.

Heidegger, M. (2006). *Sein und Zeit* (19th ed.). Max Niemeier Verlag.

Herbart, J.F. (1980). *Pædagogiske forelæsninger i omrids* (K.G. Sørensen (ed.)).

Husserl, E. & Landgrebe, R. und herausgegeben von L. (1999). *Erfahrung und Urteil. Untersuchungen zur Genealogie der Logik* (7th ed.). Meiner Felix Verlag GmbH.

Højgaard, B. & Kjellberg, J. (2017). *Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen*.

Jepsen, P. (2018). Hvad var dannelse? *Studier i Pædagogisk Filosofi*, 6(2). <https://doi.org/10.7146/spf.v6i2.101780>

Jindal-Snape, D. (2014). *Exploring the dynamics of personal, professional and interprofessional ethics*.

Kant, I. (2012). *Om pædagogik*. Klim.

Kant, I. (2015). *Hvad er mennesket? Antropologi i pragmatisk perspektiv* (C.B. Østergaard (ed.)). Informations Forlag.

Kemp, P. (2015). *Løgnen om dannelse: Opgør med halv-dannelsen*. Tiderne Skifter.

Khalili, H., Orchard, C., Laschinger, H.K.S. & Farah, R. (2013). An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 448-453. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.804042>

KL. (2012). *Det nære sundhedsvæsen*. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/~media/A92CFB652015453FB5E26616C0CDD2BF.ashx>

Klausen, S.H. (2008). Viden eller livet? In L.M. Andersen, S.L. Jørgensen & Hanne F. Skovmose (eds.), *Folkeskolens filosofi: Idealer, Tendenser & Kritik* (s. 113-141). Philosophia.

Klausen, S.H. (2018). Ethics, knowledge, and a procedural approach to wellbeing AU – Klausen, Søren Harnow. *Inquiry*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/0020174X.2018.1529619>

Larsen, K., Hansen, G., Østergaard, D. & Bruun, B. (2018). *Fremtidens kompetencer i sundhed*.

Lehn-Christiansen, S. (2016). *Tværfagligt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. Munksgaard Danmark.

Lehn-Christiansen, S. & Holen, M. (2019). Ambiguous socialization into nursing: Discourses of intimate care. *Nurse Education Today*, 75, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.002>

Macías Inzunza, L., Rocco Montenegro, V., Rojas Reyes, J., Baeza Contreras, M., Arévalo Valenzuela, C. & Munilla González, V. (2020). Formation in Interprofessional Education in Nursing and Medical Students Globally. Scoping review. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 2.

Makino, T., Shinozaki, H., Hayashi, K., Lee, B., Matsui, H., Kururi, N., Kazama, H., Ogawara, H., Tozato, F., Iwasaki, K., Asakawa, Y., Abe, Y., Uchida, Y., Kanaizumi, S., Sakou, K. & Watanabe, H. (2013). Attitudes toward interprofessional healthcare teams: a comparison between undergraduate students and alumni. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 261-268.

Nielsen, C.S. (2017). *Professionsstuderende i det interprofessionelle læringslandskab*. Københavns Universitet.

Noer, V. (2016). *"Rigtige sygeplejersker": Uddannelsesetnografiske studier af sygeplejestuderendes studieliv og dannelsesprocesser*. Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet.

Polanyi, M. (2009). *The Tacit Dimension* (Reissue ed). University of Chicago Press.

Rømer, T.A. (2019). *FAQ om dannelse*. Hans Reitzel.

Sartre, J.P. (2005). *Being and Nothingness*. Routledge.

Schrøder, K., Knudsen, M.L.M. & Vilhelmsen, A.-M.R. (2022). *Jordemoder – profession, identitet og fortællinger* (K. Schrøder, M.L.M. Knudsen & A.-M.R. Vilhelmsen (eds.)). Akademisk Forlag.

Seedhouse, D. (2002). Commitment to health: a shared ethical bond between professions. *Journal of Interprofessional Care*, 16(3), 249-260.

Skaerbaek, E. (2010). Undressing the Emperor? On the ethical dilemmas of hierarchical knowledge. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 579-586. <https://doi.org/10.3109/13561820903520393>

Skochelak, S.E. & Stack, S.J. (2017). Creating the Medical Schools of the Future. In *Academic Medicine*, 92(1). <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001160>

Sundhedskartellet & Danske Professionshøjskoler. (2014). *Kvalitet, relevans og sammenhænge i forhold til de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser. Anbefalinger til Udvalg for kvalitet og relevans i de videregående uddannelser fra Danske Professionshøjskoler og Sundhedskartellet*.

Thistlethwaite, J.E. (2012). Values-based interprofessional collaborative practice: Working together in health care. *Values-Based Interprofessional Collaborative Practice: Working Together in Health Care*, 1-176. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139108904>

Tiberius, V. (2008). The Reflective Life: Living Wisely With Our Limits. In *The Reflective Life: Living Wisely With Our Limits*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199202867.001.0001>

Ulrich, G., Homberg, A., Karstens, S. & Mahler, C. (2019). Attitudes towards interprofessional collaboration in young healthcare professionals. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1597839>, 33(6), 768-773. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1597839>

UN DESA. (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. *United Nations*.

Walker, S., Dwyer, T., Broadbent, M., Moxham, L., Sander, T. & Edwards, K. (2014). Constructing a nursing identity within the clinical environment: The student nurse experience. *Contemporary Nurse*, 49(1), 103-112. <https://doi.org/10.1080/10376178.2014.11081960>

WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. World Health Organization. http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

Włoszczak-Szubzda, A. & Jarosz, M.J. (2013). Selected aspects of a professional doctor-patient communication – Education and practice. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20(2).